**Pädagogisches Gutachten nach AO-SF § 13**

**1. Deckblatt**

**Daten der Schülerin/des Schülers**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Name: |  Vorname: |  Geb.-Datum:  Geburtsort: Nationalität: |
|  Anschrift: |

**Daten der Erziehungsberechtigten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  [ ]     Frau [ ]     Herr |  Name:   |  Vorname:   |  Tel.:   |
|  Anschrift: |  [ ]  sorgeberechtigt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  [ ]     Frau [ ]     Herr |  Name:   |  Vorname:   |  Tel.:   |
|  Anschrift: |  [ ]  sorgeberechtigt |

**Daten der Schule**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Schule:   Tel.-Nr.: |    in:   |  Klasse: Schbj.: |
|  Schulleiterin/Schulleiter:   |  Klassenlehrerin/Klassenlehrer:   |

**Daten der Gutachterinnen/Gutachter**

|  |
| --- |
|  Name, Vorname:  |
|  Schule mit Adresse und Tel.-Nr.: |

|  |
| --- |
|  Name, Vorname:  |
|  Schule mit Adresse und Tel.-Nr.: |

**Beauftragung des Gutachtens am:**

**Abschluss des Gutachtens am:**

**Vorschulische Laufbahn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kindergarten / Kindertagesstätte**(Name) | **Ort** (wenn relevant mit Adresse / Telefonnr.) | **Zeitraum** (von… bis) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Vorschulische Förderung**(Institution) | **Ort** (wenn relevant mit Adresse / Telefonnr.) | **Zeitraum** (von… bis) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Frühförderung**(Hausfrüherziehung / ambulante Frühförderung)(Institution) | **Ort** (wenn relevant mit Adresse / Telefonnr.) | **Zeitraum**(von… bis) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Schullaufbahn**

|  |  |
| --- | --- |
|  Beginn der Schulpflicht gem. SchG § 35 (1):   |  [ ]  Das Kind wurde mit Beginn der Schulpflicht eingeschult [ ]  Das Kind wurde gem. SchG § 35 (3) für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt |
| **Schulbesuchsjahr** | **Schuljahr** | **Klasse** | **Schule** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |